

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina

ESTÁGIO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Ivan Filipe Gonçalves do Cabo

Orientadora:
Dra. Sílvia Neves
Assistente Hospitalar em Cirurgia Geral
no Centro Hospitalar do Porto

Porto 2017

Agradecimentos

Ao finalizar este estágio, gostaria de agradecer a todos aqueles que tornaram possível a realização deste estágio e respetivo relatório.

Em particular, quero agradecer à Dra. Sílvia Neves, por ter aceitado orientar o meu estágio e ter estado sempre presente. Obrigado por todo o apoio e disponibilidade demonstrada durante o período de estágio e na elaboração deste relatório.

.A toda a restante equipa de Médicos, incluindo Internos do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, que me ajudaram e elucidaram em tantas questões.

Aos elementos da equipa de Enfermagem, que tão bem me acolheram e que, em todos os momentos, se mostraram disponíveis para me auxiliar em qualquer dificuldade.

Ao Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto, por me ter proporcionado fazer este estágio nas suas instalações, o meu muito obrigado.

À minha família, namorada e amigos pelo apoio incondicional e preciosa ajuda. Muito obrigado!

Resumo

Objetivos: Aprofundar conhecimentos teóricos e promover a aprendizagem prática sobre as patologias mais frequentemente tratadas na cirurgia de ambulatório. Conhecer a realidade da Cirurgia Geral, no seu contexto de ambulatório, no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

Descrição: Estágio extra curricular, com a duração aproximada de 100 horas (75 horas cirúrgicas e 25 horas de consulta), realizado entre os dias 27 de outubro de 2016 e 30 de janeiro de 2017, no CICA do CHP. Observação e participação em diversas intervenções no bloco operatório, nomeadamente cirurgias de tratamento de hérnias da parede abdominal, quistos sacrococcígeos, patologia proctológica, patologia da vesícula biliar e outras intervenções de excisão de lesões cutâneas e/ou subcutâneas sob anestesia local. Compreensão dos procedimentos e intervenção nos mesmos, sempre que possível, enquanto cirurgião ajudante. Acompanhamento de diversas primeiras consultas, consultas pré-cirúrgicas, pós-operatórias e de seguimento.

Conclusões: Considero que os objetivos inicialmente traçados foram alcançados. Este estágio permitiu-me um íntimo contato com a especialidade de Cirurgia Geral no seu contexto de ambulatório, verificando todas as suas possibilidades e vantagens, enriquecendo assim a minha formação médica.

Abstract

Objectives: To deepen theoretical knowledge and promote practical learning about the most frequent pathologies treated in ambulatory surgery. To know the reality of general surgery, in its ambulatory context, in the *Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório* (CICA) of *Centro Hospitalar do Porto* (CHP).

Description: Extracurricular internship, with the duration of 100 hours (75 surgical and 25 appointments), carried out between the 27th of October of 2016 and 30 of January of 2017, in the CICA of CHP. Observation and participation in several interventions on the operating room, namely surgery to correct abdominal wall hernias, sacrococcygeal cysts, proctologic pathology, gallbladder pathology and other interventions of excision of cutaneous and sub-cutaneous lesions under local anesthesia. Comprehension of the procedures and intervention whenever possible, as auxiliary surgeon. Monitoring of several first appointments, pre-surgical appointments, post-operative and follow ups.

Conclusions: I consider the initially traced objectives were reached. This internship has allowed me to have an intimate contact with the General Surgery Specialty in its ambulatory context, showing all its possibilities and advantages, thus enriching my medical formation.

Lista de abreviaturas

APCA	Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório
CHP	Centro Hospitalar do Porto
CICA	Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório
CO ₂	Dióxido de carbono
CVC	Cateter Venoso Central
IAAS	<i>International Association for Ambulatory Surgery</i>
TAPP	Laparoscopia transabdominal pré-peritoneal
TEP	Laparoscopia totalmente extraperitoneal

Índice

Introdução	1
Discussão	4
Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto	4
Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório.....	5
Atividades desenvolvidas.....	5
Consulta Externa	6
Bloco Operatório	7
Patologia da Parede abdominal.....	9
Patologia proctológica	11
Quisto pilonidal sacrococcígeo	12
Patologia da vesícula biliar	14
Pequena Cirurgia	15
Conclusão.....	17
Bibliografia.....	18
ANEXOS.....	20
ANEXO 1: Atividades desenvolvidas durante o estágio	21
ANEXO 2: Critérios de Admissibilidade para a Cirurgia de Ambulatório no CICA	26
ANEXO 3: Consentimento Livre e Esclarecido	27
ANEXO 4: Convocatória para a Cirurgia de Ambulatório.....	29
ANEXO 5: Formulário da Consulta Pré-cirúrgica.....	30

Introdução

Segundo a *International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)*, a Cirurgia de Ambulatório é a intervenção cirúrgica programada, efetuada habitualmente em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia, sem necessidade de pernoitar no hospital. Contudo, esta definição pode variar entre países.⁽¹⁾

Se o doente no pós-operatório necessitar de vigilância na primeira noite, tendo alta até 24 horas, designa-se por cirurgia de ambulatório com pernoita hospitalar. Esta definição mais abrangente da Cirurgia de Ambulatório, em que a admissão e alta ocorrem no período máximo de 24 horas, é a que se encontra aprovada atualmente em Portugal.⁽²⁾

Apesar de já existirem referências quanto à prática da Cirurgia de Ambulatório no início do século XX, com o trabalho desenvolvido por James Nicoll (1864-1921) no *Sick Children's Hospital and Dispensary* em Glasgow, Escócia, só a partir da década de 70 é que esta começou a ter expressão, com a abertura de unidades de cirurgia ambulatória em número crescente, em especial nos Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido e Austrália.⁽³⁾

Em Portugal, só na década de 90 começaram a surgir unidades hospitalares com programas de Cirurgia de Ambulatório, nomeadamente nos Hospitais de Santo António (Porto) e São Pedro (Vila Real). A criação da Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA), em 1998, assume um papel de grande importância na formação, ensino e divulgação deste regime cirúrgico.⁽⁴⁾

No final do século passado, o primeiro inquérito hospitalar realizado a nível nacional sobre a atividade cirúrgica, revelou que apenas 5,5% eram cirurgias de ambulatório⁽⁴⁾. Todavia, a sua evolução tem sido crescente. Em 2005, a Cirurgia de Ambulatório representava 22% de todas as cirurgias programadas a nível nacional.⁽⁵⁾ Já em 2009, a cirurgia de ambulatório representava 43,7% das cirurgias efetuadas a nível nacional, representando um crescimento de 22,5% relativamente a 2005.⁽⁶⁾ Dados mais recentes revelam que em 2014, de toda a produção cirúrgica nacional, em média, 55,5% foi realizada em ambulatório, representado assim, a maioria de todos os procedimentos cirúrgicos em Portugal.⁽⁷⁾

Entretanto, ainda com o objetivo de estudar, avaliar e indicar formas de potenciar o aparecimento de novas unidades de Cirurgia de Ambulatório, foi criada em 2007, a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório.

Durante estes anos de evolução, a cirurgia de ambulatório tem demonstrado resultados de excelência com elevados índices de satisfação dos pacientes e cirurgiões,

com incremento da qualidade, personalização e humanização dos cuidados de saúde, utilizando para isso um modelo centrado no utente.⁽³⁾

A cirurgia de ambulatório tem evidenciado inúmeras vantagens tanto a nível da evolução das técnicas cirúrgicas, como a nível social, através da melhoria da organização e gestão económica. Esta apresenta vantagens clínicas (baixa incidência de complicações, com menor taxa de infeções de origem hospitalar e recuperação mais rápida dos doentes), organizativas (melhor acesso dos doentes à cirurgia e redução das listas de espera cirúrgica, sobretudo em unidades especializadas de cirurgia ambulatória), sociais (rápida recuperação pós-operatória, permitindo aos doentes retomar mais facilmente as suas atividades diárias, em comparação com os doentes que ficam internados; menor alteração da vida quotidiana dos doentes devido ao curto tempo de afastamento destes do seu ambiente familiar e social) e económicas (forte racionalização da despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares).⁽³⁾

Por outro lado, existem algumas desvantagens que podem influenciar a decisão do doente em optar por realizar cirurgia de ambulatório, e que devem ser valorizadas quando se pretende atingir a excelência. As complicações relacionadas com a alta precoce do doente, como náuseas, controlo inadequado da dor, repouso insuficiente no domicílio e maior responsabilidade depositada sobre a família e sobre os serviços de saúde comunitários, são alguns dos fatores que podem contribuir para uma visão mais negativa da cirurgia de ambulatório, sendo que assegurar um bom acompanhamento pré, intra e pós cirúrgico é primordial.⁽⁸⁾

Assim, embora se possa assumir que a cirurgia de ambulatório obriga o próprio doente a ter uma maior autonomia e responsabilidade perante a sua saúde, enquadrando-se perfeitamente na perspetiva biopsicossocial da medicina do século XXI, esta reveste-se de inúmeras vantagens em relação ao tradicional regime de internamento, uma vez que demonstrou ser uma forma económica, segura e eficiente de prestar serviços de saúde e de gerir recursos.⁽⁹⁾

A unidade curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina abriu-me uma oportunidade de realizar um estágio prático no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) do Centro Hospitalar do Porto (CHP), permitindo-me assim, ao frequentar um centro cirúrgico de ambulatório de referência, aprofundar conhecimentos teóricos e promover a aprendizagem prática sobre as patologias mais frequentemente tratadas na cirurgia de ambulatório. O estágio teve a duração aproximada de 100 horas (75 horas cirúrgicas e 25 horas de consulta), e foi realizado entre os dias 27 de outubro de 2016 e 30 de janeiro de 2017.

A realização deste relatório tem como objetivo principal descrever a minha atividade durante o estágio. Pretendo também, com este trabalho, integrar e sistematizar a informação aprendida durante este período, sob uma perspetiva crítica e com a noção de que ainda há muito mais a aprender.

Discussão

Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto

O CHP foi precursor em Portugal na criação de programas de cirurgia de ambulatório, afirmando-se nessa área cirúrgica.

A unidade de Cirurgia de Ambulatório do CHP iniciou a sua atividade em 1991 com uma sala operatória, já ao serviço de várias especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Ginecologia, Urologia e Ortopedia, e mais tarde Neurocirurgia.

Em 1998, esta unidade mudou de instalações para o piso 1 do novo edifício, Dr. Luís de Carvalho, onde passou a dispor de duas salas operatórias e mais camas de recobro.

Em maio de 2011 foi inaugurado o CICA, tornando-se um centro pioneiro e de referência a nível nacional.

O edifício do CICA é formado por oito pisos, sendo que quatro são subterrâneos para estacionamento.



Ilustração 1 Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA)

No piso 0 encontra-se a receção geral para atendimento e informações, um bar e acessos para os elevadores e escadas para os andares superiores, assim como uma zona de tratamento de sujos e resíduos. O piso 1 é dedicado à cirurgia oftalmológica, sendo que parte deste piso é constituído por blocos cirúrgicos especializados e consultórios devido à especificidade desta especialidade. Para além de oftalmologia, funcionam neste piso as consultas externas das outras especialidades. No piso 2 encontra-se o bloco operatório das outras especialidades cirúrgicas, apresentando quatro salas operatórias, uma sala de pequena cirurgia, salas de recobro pós-operatório, receção e restantes equipamentos indispensáveis à prática clínica. O piso 3 é dedicado à vigilância pós-operatória e aos

serviços administrativos. A unidade de vigilância pós-operatória é composta por dez quartos, que permitem a pernoita dos doentes, quando necessário.

Atualmente, o CICA dispõe das especialidades de Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Dermatologia, Estomatologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia.

Desta forma, sendo o CICA um centro pioneiro e de referência no nosso país, comprova a excelência da prática das especialidades cirúrgicas no CHP e, também, o seu esforço pela manutenção na linha da frente das novas técnicas e modelos de abordagem cirúrgica. São estes esforços que permitem aos doentes aqui intervencionados, a garantia de excelência no tratamento cirúrgico, ao mesmo tempo que tornam possível evitar internamentos e complicações, que se manifestam também em poupança financeira para a economia do nosso país.

Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório

O Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório é um serviço independente do Serviço de Cirurgia Geral do CHP, com direção e corpo clínico próprio e exclusivo, integrado no Departamento de Cirurgia. A direção do Serviço encontra-se ao cargo do Dr. Carlos Magalhães e a direção do Departamento de Cirurgia é ocupada pelo Dr. Eurico Castro Alves. Este Serviço assegura semanalmente 7 períodos de bloco operatório e 5 períodos de pequena cirurgia. A reunião de Serviço é realizada semanalmente à sexta-feira.

O quadro médico é constituído por:

- Diretor de Serviço: Dr. Carlos Magalhães;
- Assistentes Hospitalares: Dr. António Neto, Dr. Artur Flores, Dra. Ana Povo e Dra. Sílvia Neves;
- Internos em formação específica.

O Serviço de Cirurgia Geral de Ambulatório intervém na patologia da parede abdominal, proctológica, da vesícula biliar, da pele e tecidos moles, do refluxo gastroesofágico e da tiroide. Sendo também responsável por colocar e remover CVCs implantáveis para a realização de quimioterapia.

Atividades desenvolvidas

A realização deste estágio permitiu-me acompanhar a minha orientadora, bem como outros especialistas de Cirurgia Geral e internos de várias especialidades cirúrgicas, em diversas intervenções no bloco operatório e na sala de pequena cirurgia. No bloco

operatório, as cirurgias foram realizadas sob anestesia geral ou sob anestesia local e sedação, ao cuidado de uma equipa de anestesia (anestesista e enfermeiro). Na sala de pequena cirurgia, os doentes foram intervencionados sempre sob anestesia local. Participei ainda em várias modalidades de consulta: primeiras consultas, consultas pré e pós-operatórias e de seguimento.

As atividades desenvolvidas no decurso do estágio serão relatadas detalhadamente nas seguintes secções: Consulta Externa, Bloco Operatório e Pequena Cirurgia. No anexo 1, encontra-se um resumo de todas as atividades, organizado por cada dia de estágio.

Consulta Externa

A consulta externa, com a duração global de cerca de 25 horas, foi um elemento essencial deste estágio. As consultas realizaram-se no 1º piso, onde se encontram os gabinetes de consulta, tendo lugar às segundas-feiras e quintas-feiras de manhã.

Neste período foi-me possível compreender a dinâmica envolvida na gestão de cada doente, desde da primeira consulta, normalmente referenciado pelo médico assistente, até às consultas pós-operatórias e de seguimento.

No âmbito de Cirurgia de Ambulatório, as consultas anteriores ao ato operatório assumem um papel preponderante no sentido de selecionar o doente apto para a cirurgia de ambulatório, e de o preparar, fornecendo as informações necessárias para o decorrer de todo o processo.

Na primeira consulta avalia-se a patologia elegível, bem como os critérios de admissibilidade para a Cirurgia de Ambulatório. Os critérios de admissibilidade para a Cirurgia de Ambulatório no CHP (anexo 2- exemplo dos critérios aplicados a um doente) são:

- Transporte assegurado em veículo automóvel;
- Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos do Hospital;
- Condições de adequada habitabilidade no local de pernoita;
- Acesso telefónico;
- Companhia de um adulto responsável (24 horas);
- Estabilidade psíquica;
- Intervenção com previsão de curta duração (inferior a 120 minutos);
- Desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação oral;
- Classificação ASA.

No doente que cumpra estes critérios, é ainda avaliada a necessidade do estudo pré-operatório e da consulta de anestesia, sendo posteriormente colocado em lista de espera para cirurgia e agendada consulta pré-operatória.

Na consulta pré-operatória, de acordo com o protocolo do Serviço de Cirurgia de Ambulatório, o doente assina o consentimento informado (anexo 3) e recebe a convocatória (anexo 4) para a cirurgia que contém indicações dos cuidados a ter antes da cirurgia. No final desta consulta, é também necessário preencher o Formulário da Consulta pré-cirúrgica (anexo 5), que possui o diagnóstico ICD9, o procedimento cirúrgico, a lateralidade, a confirmação do estudo pré-operatório, a necessidade de consulta de anestesia, a confirmação do acompanhante e as alergias, bem como, as indicações para a cirurgia que o doente recebeu na sua convocatória.

A consulta externa permitiu-me ainda, ter um contato mais direto com o doente, diferente do que se estabelece na sala de operação. Nestas consultas, fui conhecendo as queixas mais frequentes relativas às patologias tratadas em cirurgia de ambulatório, realizando a anamnese e o exame físico aos doentes.

Destaco a boa articulação da equipa médica com a de enfermagem, tanto nas consultas pré-operatórias, como nas consultas pós-operatórias. Todas as informações eram eficazmente transmitidas ao doente e acompanhantes, desde os cuidados pré-operatórios, até aos cuidados pós-cirúrgicos em geral, bem como cuidados a ter com a ferida cirúrgica. Esta boa associação de esforços permitia uma boa evolução pós-operatória, impedindo complicações por falta de cuidado do doente.

As patologias mais frequentemente observadas durante a consulta foram a patologia da parede abdominal, patologia da pele e tecidos moles e patologia proctológica.

Bloco Operatório

A componente principal de todo este estágio foi levada a cabo no bloco operatório durante um tempo aproximado de 75 horas, das quais 60 horas de bloco operatório e 15 horas de pequena cirurgia.

A manutenção de condições ótimas de assepsia e de trabalho, para maior benefício do doente, exige uma excelente cooperação de todos os intervenientes. Esta equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem, pessoal administrativo, assistentes operacionais e pela equipa médica, formada por especialistas de Cirurgia Geral e Anestesia e por internos em formação específica de Anestesia e de várias especialidades cirúrgicas.

O ambiente do bloco exigiu uma revisão prática relativa às condições de assepsia, cuidados de lavagem de mãos e respeito pelas áreas esterilizadas. Toda esta componente foi baseada em conhecimentos já transmitidos teoricamente em algumas unidades curriculares, nomeadamente cirúrgicas, mas que foram sendo salientados e corrigidos, sempre que necessário, por todos os elementos do bloco operatório.

Durante as tardes de segunda-feira e sexta-feira foi-me possível observar e participar em diversas intervenções. Em algumas destas, integrei a equipa médica, como ajudante do cirurgião principal, acompanhando de perto o ato operatório, auxiliando sempre que possível e necessário, para que este pudesse decorrer com as melhores condições.

Durante este estágio assisti com maior frequência à abordagem cirúrgica de quatro grupos de patologias: patologia da parede abdominal, patologia proctológica, quistos sacrococcígeos pilonidais e patologia biliar (gráficos 1 e 2). Estas patologias e respetivas intervenções cirúrgicas serão abordadas com maior pormenor de seguida.

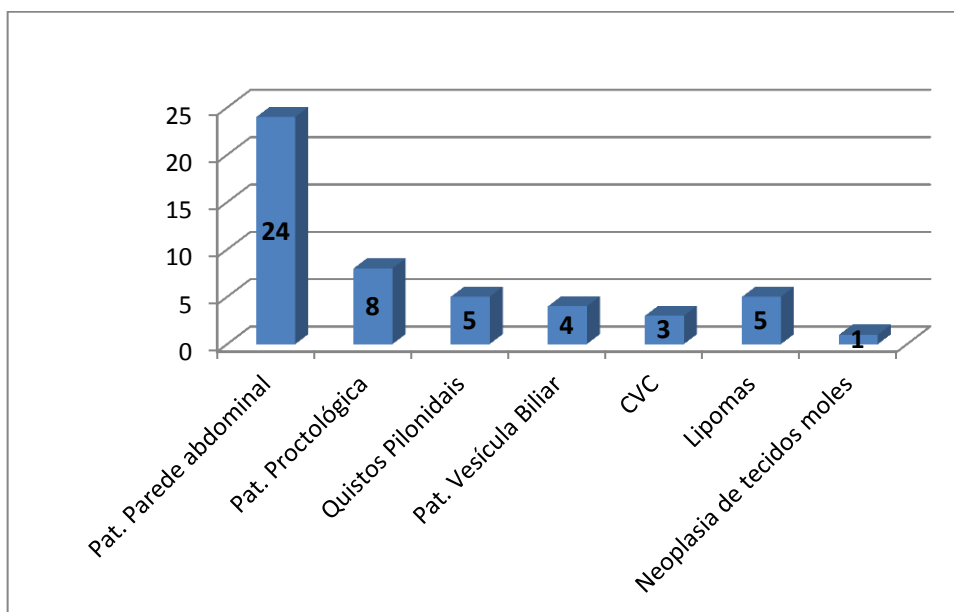


Gráfico 1 Frequência absoluta das cirurgias assistidas

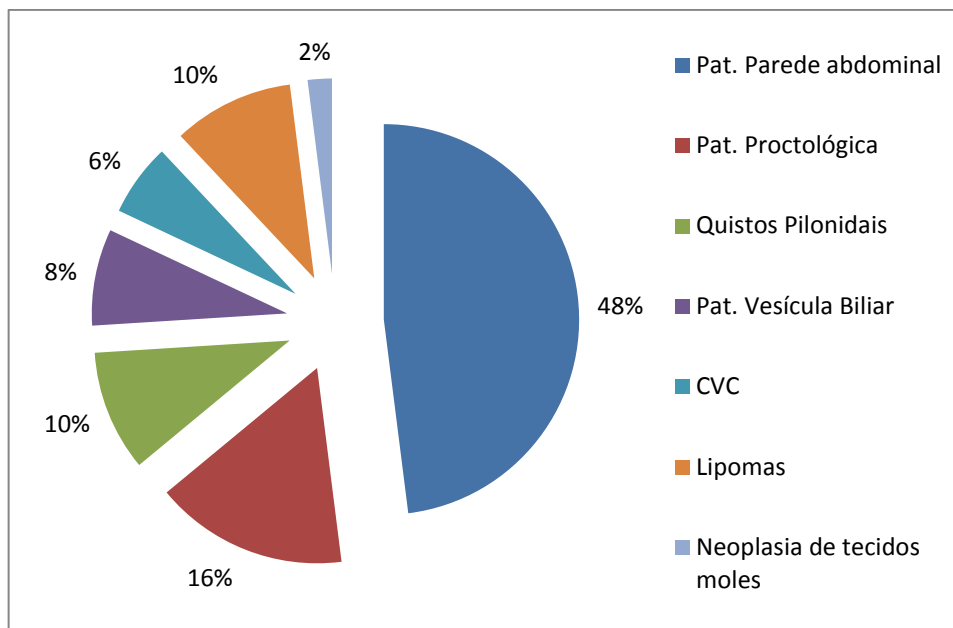


Gráfico 2 Frequência relativa das cirurgias assistidas

Patologia da Parede abdominal

De todas as cirurgias de patologia da parede abdominal que assisti, a mais relevante, pela sua frequência, foi a hernioplastia inguinal.

A cirurgia de reparação da hérnia inguinal é uma das mais realizadas em todo o mundo e um dos procedimentos mais comuns na área da Cirurgia Geral. O risco de vir a desenvolver esta patologia, ao longo da vida, é de 27% para indivíduos do sexo masculino e 3% para indivíduos do sexo feminino. Estima-se que cerca de 20 milhões de cirurgias de reparação da hérnia inguinal sejam realizadas todos os anos, em todo o mundo.^(10,11)

A hérnia é uma protusão de um órgão (ou parte dele), da cavidade onde estava alojado, através de um orifício anatómico. As hérnias inguinais podem ser descritas como diretas, indiretas ou mistas, podendo ser primárias ou recorrentes. Uma hérnia indireta ocorre como uma protusão do conteúdo abdominal através do anel inguinal interno, lateral aos vasos epigástricos inferiores, para o canal inguinal. As hérnias indiretas estão situadas dentro do cordão espermático e, consequentemente podem chegar até ao escroto no homem. Nas mulheres a hérnia tem o trajeto concomitante com o ligamento redondo e pode-se apresentar como uma tumefação nos lábios vaginais. Uma hérnia direta é uma protusão através do triângulo de *Hasselbach*, medialmente aos vasos epigástricos inferiores, numa área com menos proteção muscular. Normalmente, a hérnia direta não envolve o cordão espermático, todavia pode seguir o curso deste até ao escroto, pelo que para uma distinção correta é necessário avaliar a relação com os vasos epigástricos inferiores.⁽¹²⁾

O tratamento definitivo de todas as hérnias, independentemente do tipo ou local de origem, é a cirurgia. Habitualmente, os resultados são excelentes com morbilidade mínima a curto prazo e rápida recuperação. Contudo, alguns doentes mantêm queixas de dor crónica, parestesias ou desconforto por meses, ou até anos após a cirurgia, sendo estas as complicações mais frequentes.⁽¹³⁾

O tratamento cirúrgico poderá ser de abordagem por via aberta ou por via laparoscópica. A evidência científica mostra que técnicas cirúrgicas que usam uma prótese (em forma de malha) resultam em menos recidivas do que técnicas que não usam prótese.⁽¹⁴⁾

A abordagem por via aberta apresenta múltiplas técnicas descritas, sendo que uma das mais comumente aceites é a técnica de *Liechtenstein*. A técnica de *Liechtenstein* realiza-se com uma incisão transversa inguino-abdominal, a cerca de dois centímetros da sínfise púbica. Seguidamente, abre-se o tecido subcutâneo, passando pelas fáscias de *Camper* e *Scarpa*. Secciona-se a aponevrose do oblíquo externo, expondo o músculo pequeno oblíquo, o orifício interno e o cordão até ao orifício externo. Identifica-se, de seguida, o nervo ílio-hipogástrico e isola-se o cordão espermático. Após o isolamento e a redução do saco herniário, inicia-se a fixação de uma prótese com cerca de 15x8 centímetros, que termina na formação de uma “gravata” em volta do cordão espermático, reforçando o anel inguinal interno. Inicialmente esta prótese necessitava de ser suturada em vários pontos para fixação, contudo, atualmente a prótese adere ao pavimento inguinal e apenas poderá ser necessário a sutura à aponevrose que reveste medialmente o osso púbico.^(15,16)

De salientar, que mesmo em hérnias diretas, é necessário pesquisar e reduzir uma eventual componente indireta, devido à possibilidade de recidiva por este trajeto.^(15,16)

Existem duas técnicas de hernioplastia, realizadas por laparoscopia, que diferem na sua abordagem. A laparoscopia totalmente extraperitoneal (TEP) diz respeito a uma abordagem realizada por via extraperitoneal, com a criação de um espaço “virtual” pré-peritoneal. Na laparoscopia transabdominal pré-peritoneal (TAPP), o acesso ao espaço pré-peritoneal é realizado por via transabdominal. Ambas as técnicas visam a colocação de uma prótese sobre o defeito herniário, no espaço pré-peritoneal.⁽¹⁶⁾

A escolha entre a TAPP ou TEP deve ser baseada nas características do doente e na experiência do cirurgião, porque não há evidência da superioridade de uma das técnicas, apresentando ambas excelentes resultados.⁽¹⁴⁾

A laparoscopia, em relação às técnicas por via aberta, têm como vantagens para o doente, o mais rápido retorno à atividade normal, com menor dor e hematoma no pós-

operatório. Contudo, a abordagem laparoscópica para correção herniária apresenta uma maior curva de aprendizagem, para se atingir uma taxa de recidiva aceitavelmente baixa.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Assim, quer a técnica por via aberta de *Lichtenstein*, quer a técnica laparoscópica são recomendadas como as melhores opções para a reparação de uma hérnia unilateral ou bilateral primária, desde que o cirurgião tenha a experiência suficiente na técnica a utilizar. No reparo de hérnias recidivadas, a técnica a utilizar deverá ser contrária à usada previamente, ou seja, se primariamente foi realizada uma cirurgia por via aberta, deverá ser realizada por laparoscopia e, por outro lado, se primariamente foi realizada uma técnica por laparoscopia, deverá ser realizada uma reparação por via aberta.⁽¹⁸⁾

A utilização de próteses de pequenas dimensões apresentam algumas vantagens em relação ao desconforto prolongado e à sensação de corpo estranho na reparação de hérnia por via aberta, mas estão possivelmente associadas a um risco aumentado de recorrência de hérnia, possivelmente devido a fixação e/ou sobreposição inadequadas. O material protético deverá ser sintético e não reabsorvível.⁽¹⁸⁾

As mulheres têm um maior risco de recidiva herniária (inguinal ou femoral) após uma cirurgia de hérnia inguinal por via aberta, devido a uma maior ocorrência de hérnias femorais.⁽¹⁸⁾

Durante este estágio verifiquei que a técnica de *Lichtenstein* continua a ser a mais utilizada, atualmente, no CICA do CHP. Das técnicas laparoscópicas, a TEP é a mais utilizada (assisti a duas cirurgias com esta técnica) em detrimento da TAPP, pois evita-se a invasão da cavidade abdominal.

Assisti e participei, ainda, em cirurgias para correção, por herniorrafia, de hérnias umbilicais, supraumbilicais e, numa intervenção menos comum, para correção de uma hérnia de Spiegel. Esta última, foi realizada por laparoscopia, que se tem vindo a revelar o método de eleição.⁽¹⁹⁾

Patologia proctológica

A patologia proctológica, particularmente o tratamento cirúrgico da patologia hemorroidária foi a segunda intervenção que mais assisti no bloco operatório.

A cirurgia é o tratamento mais eficaz, quando comparado com os procedimentos não cirúrgicos. No entanto, está associada a uma maior intensidade dolorosa no período pós-tratamento e a uma maior taxa de complicações.⁽²⁰⁾

Existem várias técnicas cirúrgicas principais e alguns subtipos de abordagem intra-operatória: hemorroidectomia convencional, a hemorroidectomia com LigaSure® (*Valleylab Inc.*) e a hemorroidopexia.

A hemorroidectomia com LigaSure® não é mais que uma modificação da hemorroidectomia convencional.⁽²¹⁾ O LigaSure® consiste num aparelho eletrotérmico bipolar, hemostático, que assegura a coagulação de vasos até 7mm, causando um mínimo de lesão nos tecidos adjacentes, segundo a empresa que possui a patente desta tecnologia.

Este aparelho é capaz de realizar a excisão das hemorroidas de uma forma efetiva, sem necessidade de suturar os pedículos e com um mínimo de hemorragia e de trauma tecidual, diminuindo a dor e o tempo de recuperação pós-operatória.⁽²¹⁾ Em várias meta-análises, o LigaSure® parece ser consensualmente vantajoso, pois demonstrou uma diminuição do tempo cirúrgico, menor hemorragia no período intra-operatório, redução da dor pós-cirúrgica, menor tempo de cicatrização e menor tempo de convalescença. Por outro lado, ao apresentar a mesma eficácia que a hemorroidectomia convencional, tem ainda uma incidência de retenção urinária inferior e uma incidência similar de outras complicações, nomeadamente de incontinência fecal e hemorragia pós-operatórias.⁽²¹⁻²³⁾

A hemorroidopexia surgiu de forma a minimizar o desconforto que decorre da hemorroidectomia convencional. Nesta técnica, é utilizado um dispositivo de corte circular interluminal, que faz a excisão da mucosa e da submucosa, aproximadamente 3 a 4cm acima da linha dentada, seguida de sutura com agrafos. Desta forma, obtém-se uma fixação proximal do tecido hemorroidário interno remanescente e uma interrupção da irrigação sanguínea superior, sem feridas perianais visíveis e com uma sutura afastada da ano-derme, que é abundantemente enervada.⁽²¹⁾ A hemorroidopexia não remove o tecido hemorroidário, nem envolve outras incisões na ano-derme. Assim, a hemorroidopexia surge como uma opção para o tratamento de hemorroidas de Grau III e Grau IV não complicadas, redutíveis durante a cirurgia ou aquando da sua manipulação no bloco operatório.⁽²⁴⁾

Comparando estas técnicas em duas meta-análises, apesar de não se terem encontrado diferenças significativas quanto à dor e à hemorragia pós-operatória, a hemorroidopexia apresentou tempos cirúrgicos significativamente mais elevados e maior incidência na recorrência de prolapso e de pregas cutâneas residuais.^(25,26)

Durante este estágio assisti, unicamente, a uma hemorroidopexia e as restantes intervenções foram realizadas com LigaSure®. De salientar que, tal como a literatura indica, os plexos venosos dilatados encontravam-se mais frequentemente em três pedículos, respetivamente localizados às três, sete e onze horas do orifício anal, com o paciente em posição de litotomia.

Quisto pilonidal sacrococcígeo

O quisto pilonidal consiste num processo inflamatório crónico que ocorre com bastante frequência na linha média da pele da região sacrococcígea, estando geralmente associado à

presença de pelos na fenda embrionária desta região.⁽²⁷⁾ De um modo geral, este quisto forma-se na sequência da erupção de um folículo piloso, que quando infeta forma um abscesso extremamente doloroso, o que torna o seu diagnóstico diferencial, com outras patologias perianais, mais simples.⁽¹⁶⁾

Esta patologia é mais comum em homens do que em mulheres, na razão de 3:1, principalmente no início da terceira década de vida.⁽¹⁶⁾

Os fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento da doença pilonidal, embora não sejam causadores diretos, são a obesidade, o estilo de vida sedentário, a história familiar, o trauma ou a irritação da fissura glútea. As mudanças no estilo de vida devem ser as primeiras medidas implementadas, se algum fator de risco for identificado.⁽²⁷⁾

O diagnóstico deve incidir numa história clínica focalizada e num exame físico que incluam sintomas característicos, fatores de risco e presença de infeção ativa. Os doentes podem apresentar queixas de uma massa sacrococcígea sensível e flutuante, no caso de infeção secundária, ou podem apresentar drenagem da linha média e desconforto no caso de um quisto crónico.⁽²⁷⁾

A eliminação local dos pelos, através do barbear ou da depilação a laser, tem sido usada como tratamento primário e como estratégia adjuvante, pois, como referido anteriormente, a causa desta patologia é amplamente atribuída ao crescimento do folículo piloso e subsequente reação de corpo estranho. Em comparação com várias técnicas cirúrgicas, este controlo local dos pelos, associado a uma correta higiene, têm demonstrado diminuir o total de dias de admissão hospitalar e procedimentos cirúrgicos, e resulta num retorno mais rápido às atividades da vida diária. Contudo, a frequência e a extensão desta eliminação local dos pelos não está ainda claramente definida.⁽²⁷⁾

Nas situações recorrentes deste quadro, justifica-se um tratamento cirúrgico definitivo. Existem muitas opções cirúrgicas para a doença pilonidal crónica. Estas opções variam amplamente e abrangem desde a excisão simples, com ou sem encerramento primário, à reconstrução complexa.⁽²⁷⁾ Uma das abordagens cirúrgicas mais comum é a excisão completa do quisto e seus trajetos fistulosos até à pele, através de uma incisão mediana, com ou sem encerramento da ferida (cicatrização por segunda intenção). O encerramento imediato permite uma cicatrização mais rápida (2 a 7 semanas) quando comparada com o não encerramento cirúrgico (8 a 21 semanas). No entanto, as recidivas são muito mais frequentes com o encerramento imediato da ferida.⁽¹⁶⁾ Esta técnica cirúrgica pode ser utilizada tanto num tratamento eletivo da doença, como numa fase aguda, e na maioria dos casos realiza-se apenas com anestesia local e sedação.

Outra técnica utilizada é a marsupialização. Esta envolve a sutura das bordas da pele na base da ferida após o desbridamento e atua para diminuir o volume total da ferida e

prevenir a epitelização prematura. Assim, a ferida pode continuar a cicatrizar por segunda intenção, sem exigir procedimentos adicionais. Em relação à taxa de recidiva, o encerramento primário e marsupialização não mostram diferenças significativas.⁽²⁷⁾

Durante o meu estágio, participei em cinco intervenções de exérese de quistos pilonidais (sacroccígeos). No início desta intervenção é necessário identificar toda a extensão do quisto, muitas vezes sinuosa. Realiza-se uma incisão mediana e curetagem do quisto de forma a remover toda a parede posterior e procura-se extrair a lesão em toda a sua extensão, nomeadamente trajetos fistulosos secundários não identificados, de modo a evitar recidivas. Depois de revista a hemóstase, em duas intervenções de quistos recidivados optou-se por não encerrar a ferida. Portanto, as feridas cirúrgicas não foram encerradas de imediato, tamponando-se apenas com gaze gorda, de forma compressiva, para promover a cicatrização por segunda intenção.

Patologia da vesícula biliar

A colecistectomia por patologia da vesícula biliar oferece excelentes resultados a longo prazo, especialmente nos doentes com litíase biliar sintomática, pois cerca de 90% dos doentes ficam assintomáticos após esta intervenção cirúrgica.⁽¹⁶⁾

A via laparoscópica sob anestesia geral é considerada a técnica *gold-standard*, em detrimento da abordagem laparotómica, dado ser menos invasiva, apresentar menos complicações associadas, proporcionar menos tempo de internamento e custos reduzidos, tanto a nível hospitalar como para o doente, que mais rapidamente retoma as suas atividades normais.⁽²⁸⁾

Nesta técnica realiza-se um capnoperitонеu (introdução de CO₂) por uma agulha de Verress. De seguida, insere-se um *troc*ar de 10mm pela cicatriz umbilical permitindo depois a adaptação de uma câmara de vídeo, através da qual o cirurgião pode observar o interior do abdómen. Seguidamente, procede-se à inserção de três outros *troc*ars (dois de 5mm e um de 10mm) que vão permitir introduzir os instrumentos para a realização do procedimento.

Identificada a vesícula biliar, que se encontra sub-hepática, procede-se ao isolamento do triângulo de *Callo*t, realizando-se a laqueação da artéria cística e do canal cístico. Após realização destes passos, efetua-se o descolamento da vesícula biliar do seu leito, sendo esta removida através de um dos *troc*ars de maiores dimensões. Removida a vesícula faz-se a revisão da hemóstase, desinsufla-se o abdómen e encerra-se as incisões por onde se introduziram os *troc*ars.

A colecistectomia está indicada na presença de litíase biliar sintomática (cólica biliar, colecistite crónica), colelitíase assintomática (principalmente em países com alta incidência

neoplasia da vesícula biliar), pólipos vesiculares (maiores que 1cm), discinésia biliar ou colecistite aguda acalculosa.^(16, 28)

A colecistectomia laparotómica, atualmente é realizada apenas quando o procedimento laparoscópico é convertido ou quando a colecistectomia laparoscópica está contraindicada, ou ainda, como parte de outro procedimento abdominal aberto.⁽²⁸⁾

A colecistectomia laparoscópica tem como contraindicação absoluta a incapacidade do doente tolerar a insuflação abdominal de CO₂ e tem como contraindicações relativas a suspeita de neoplasia da vesícula biliar, cirrose, hipertensão portal ou distúrbios hemorrágicos, cirurgias abdominais anteriores que impeçam a abordagem minimamente invasiva e a gravidez (primeiro ou terceiro trimestre).⁽²⁸⁾

A principal desvantagem da técnica laparoscópica é o risco aumentado de lesão da via biliar em comparação com a técnica laparotómica. O principal fator da ocorrência desta complicação é a incapacidade de identificar claramente a anatomia do triângulo de *Calot*. Embora, haja sempre esta desvantagem na técnica laparoscópica, ela não justifica a realização de uma laparotomia.⁽²⁸⁾

Durante o meu estágio, assisti e participei em quatro colecistectomias laparoscópicas.

Pequena Cirurgia

Às terças-feiras de tarde, na sala de pequena cirurgia (no total de 15 horas) tive uma intervenção mais próxima e constante em pequenas intervenções realizadas sob anestesia local. Assim, pude auxiliar e realizar inúmeros procedimentos, os quais tiveram como principal componente a excisão de lesões cutâneas. A maioria das lesões excisadas pertencia a um destes quatro grupos: quistos sebáceos; lipomas de pequenas dimensões (menor que 3cm); nevos cutâneos e fibropapilomas.

Na exérese de quistos sebáceos apenas se anestesia localmente a região, recorrendo-se geralmente à lidocaína com ou sem adrenalina. Uma vez anestesiado o local, realiza-se uma incisão de acordo com as linhas de força da pele, longa e profunda o suficiente para identificar a cápsula do quisto. Após esta identificação, tenta-se fazer a dissecação dos tecidos aderentes à capsula sem a romper, para evitar a recidiva. Por fim, verifica-se a inexistência de vestígios do quisto, lava-se a ferida cirúrgica com soro fisiológico e sutura-se a pele.

A exérese dos lipomas é semelhante à exérese de quistos sebáceos. Contudo, estes tumores benignos são normalmente menos aderentes aos tecidos envolventes, tornando a sua remoção habitualmente mais fácil. Todavia, no caso de lipomas profundos, estes também podem ser mais aderentes e de difícil remoção.

A remoção de muitos dos nevos cutâneos foi realizada com especial atenção às margens cirúrgicas, sendo que as peças operatórias excisadas foram posteriormente enviadas para análise por Anatomia Patológica.

Além dos procedimentos enumerados, ainda me foi possível assistir à remoção de um hemangioma do couro cabeludo e de duas verrugas.

No intervalo entre cirurgias elaboravam-se os registos computadorizados relativos à intervenção anterior e os relatórios cirúrgicos, para que o doente se fizesse acompanhar desta informação para o seu médico assistente/centro de saúde. Também nestes períodos, prescreviam-se as receitas médicas, a maioria apenas de analgésicos para o pós-operatório.

Conclusão

No final deste estágio, não posso deixar de destacar alguns pontos fulcrais desta minha experiência na Cirurgia de Ambulatório. Julgo inegáveis as grandes vantagens da Cirurgia de Ambulatório sobre as intervenções mais convencionais da Cirurgia, com as quais me fui deparando ao longo do estágio. Clinicamente, nenhuma complicação precoce foi registada nos doentes submetidos às intervenções cirúrgicas que acompanhei. A nível organizativo, as múltiplas intervenções consecutivas que eram realizadas, apenas podem resultar num aumento de eficiência e redução de custos com internamentos. Socialmente, considero evidente que a rapidez na recuperação pós-operatória dos doentes resulta num consequente início mais precoce das suas atividades quotidianas, reduzindo assim o tempo de afastamento do seu ambiente sociofamiliar e os gastos relacionados com a Saúde.

A realização deste estágio no Serviço de Cirurgia Geral, do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, do Centro Hospitalar do Porto foi uma experiência extremamente enriquecedora, não só numa perspetiva académica e profissional, como do ponto de vista pessoal. Considero que, no decorrer do tempo de estágio, pude finalmente desenvolver uma aprendizagem prática em cirurgia, que me permitiu confirmar que esta é uma das áreas da Medicina que mais me fascina.

Assim, penso que foram cumpridos os objetivos de conhecer o funcionamento de um serviço de cirurgia de ambulatório, num centro de referência nacional, complementando e aprofundando, do ponto de vista prático, os conhecimentos teóricos cirúrgicos adquiridos ao longo do Mestrado Integrado em Medicina.

Bibliografia

1. Castoro C, *et al.* Day Surgery: Making it Happen. IAAS 2007.
2. Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho, Diário da República, I Série B.
3. Lemos P, Jarrett P, Philip B. Day Surgery – Development and Practice. Clássica Artes Gráficas, Porto, Portugal, 2006.
4. Lemos P, *et al.* A expressão da Cirurgia Ambulatória em Portugal. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 2001;2:5-15.
5. Lemos P, *et al.* A evolução recente da Cirurgia Ambulatória em Portugal. Resultados do IV Inquérito Nacional. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 2006;7:5-15.
6. Lemos P. Grande crescimento da Cirurgia Ambulatória em Portugal. Resultados do V Inquérito Nacional. Revista Portuguesa Cirurgia Ambulatória, 2010; 11:9-20.
7. Ministério da Saúde de Portugal. Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios: relatório final. Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios, 2015.
8. Pearson A, Richardson M, Cairns M. "Best practice" in day surgery units: a review of the evidence. Ambulatory Surgery. 2004;11:49-54.
9. Santos R, Gomes A, Almeida M, Coelho S. Impact of Ambulatory Surgery in the daily life of patients and their caregivers. Ambulatory Surgery. 2012;18:39-41.
10. Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. BMJ. 2008;336:269-72.
11. Kingsnorth A. Treating inguinal hernias. BMJ, 2004;328:59-60.
12. Greenfield LJ, Mulholland MW. Greenfield's surgery scientific principles and practice. 2010, Philadelphia.
13. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. Lancet. 2003;362:1561-71.
14. Cavazzola LT, Rosen MJ. Laparoscopic Versus Open Inguinal Hernia Repair. Surg Clin N Am. 2013; 1269–1279.
15. Yeo CJ. Shackelford's surgery of the alimentary tract. 7thed. 2013, Elsevier/Saunders.
16. Townsend CM, *et al.* Sabiston Tratado de cirurgia. 18^aed. 2010, Elsevier.
17. Graf J. Plastia inguinal laparoscópica: Ventajas y complicaciones – Revisión de la literatura. Asociación Mexicana Cirurgia Endoscópica, 2009;10:75-81.
18. Simons PM *et al.* European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. European Hernia Society. 2009.
19. Baucom C, Nguyen QD, Hidalgo M, Slakey D. Minimally invasive spigelian hernia repair. JSLS. 2009;13(2):263-8.
20. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. Diseases of the colon and rectum. 1995;38:687-94.

21. Chen JS, You JF. Current status of surgical treatment for hemorrhoids--systematic review and meta-analysis. *Chang Gung medical journal*. 2010;33:488-500.
22. Mastakov MY, Buettner PG, Ho YH. Updated meta-analysis of randomized controlled trials comparing conventional excisional hemorrhoidectomy with LigaSure for haemorrhoids. *Techniques in coloproctology*. 2008;12:229-39.
23. Milito G, Cadeddu F, Muzi MG, Nigro C, Farinon AM. Hemorrhoidectomy with Ligasure vs conventional excisional techniques: meta-analysis of randomized controlled trials. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2010;12:85-93.
24. Corman ML, Gravie JF, Hager T, Loudon MA, Mascagni D, Nystrom PO, et al. Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party - indications, contra-indications and technique. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2003;5:304-10.
25. Yang J, Cui PJ, Han HZ, Tong DN. Meta-analysis of stapled hemorrhoidopexy vs LigaSure hemorrhoidectomy. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2013;19:4799-807.
26. Lee KC, Chen HH, Chung KC, Hu WH, Chang CL, Lin SE, et al. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing outcomes for stapled hemorrhoidopexy versus LigaSure hemorrhoidectomy for symptomatic hemorrhoids in adults. *International journal of surgery*. 2013.
27. Humphries AE, Duncan JE. Evaluation and Management of Pilonidal Disease. *Surg Clin N Am*. 2010; 113–124.
28. Ferreres AR, Asbun HJ. Technical Aspects of Cholecystectomy. *Surg Clin N Am*. 2014; 427–454.

ANEXOS

ANEXO 1: Atividades desenvolvidas durante o estágio

Bloco Operatório			
28/10/2016	14/11/2016	21/11/2016	28/11/2016
1. Hernioplastia inguinal bilateral	1. <u>Hernioplastia inguinal direita</u>	1. <u>Exérese de quisto sacrococcígeo</u>	1. <u>Hernioplastia inguinal esquerda</u>
2. Hernioplastia inguinal direita + herniorrafia umbilical	2. Herniorrafia umbilical	2. <u>Exérese de lipoma dorsal</u>	2. Hemorroidectomia
3. Colectectomia laparoscópica	3. Hemorroidectomia	3. <u>Exérese de quisto sacrococcígeo</u>	3. <u>Exérese de quisto sacrococcígeo</u>
4. Hernioplastia inguinal direita	4. Hemorroidectomia		
5. Hernioplastia inguinal direita			

Sublinhadas: participei na cirurgia como cirurgião ajudante

.Bloco Operatório			
05/12/2016	09/12/2016	14/12/2016	06/01/2017
1. <u>Hernioplastia inguinal bilateral + hernioplastia umbilical</u>	1. <u>Hernioplastia inguinal bilateral</u>	1. Hernioplastia de Spiegel laparoscópica por TEP	1. Hernioplastia inguinal bilateral
2. Hemorroidectomia	2. <u>Hernioplastia inguinal direita</u>	2. Hernioplastia inguinal esquerda	2. <u>Hernioplastia inguinal direita</u>
3. Hemorroidectomia	3. <u>Colectectomia laparoscópica</u>	3. Hemorroidopexia	3. <u>Hernioplastia inguinal direita</u>
4. <u>Exérese de 2 lipomas dorsais</u>	4. <u>Hernioplastia inguinal direita</u>	4. Exérese de lipoma cervical posterior	4. <u>Colectectomia laparoscópica</u>
	5. <u>Herniorrafia umbilical</u>	5. Remoção de CVC totalmente implantável	

Sublinhadas: participei na cirurgia como cirurgião ajudante

Bloco Operatório			
09/01/2017	13/01/2017	16/01/2017	30/01/2017
1. <u>Hernioplastia inguinal esquerda</u>	1. <u>Hernioplastia inguinal esquerda</u>	1. Exérese de condilomas perianais	1. <u>Exérese de lipoma da coxa esquerda</u>
2. <u>Exérese de quisto sacrococcígeo</u>	2. <u>Herniorrafia umbilical e epigástrica</u>	2. <u>Exérese de lipoma abdominal</u>	2. <u>Exérese de tumefação do antebraço esquerdo</u>
3. <u>Exérese de quisto sacrococcígeo</u>	3. <u>Colecistectomia laparoscópica</u>	3. <u>Remoção de CVC totalmente implantável</u>	3. <u>Hernioplastia bilateral laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP)</u>
4. <u>Fistulectomia anal</u>	4. <u>Hernioplastia inguinal esquerda</u>		
5. <u>Remoção de CVC totalmente implantável</u>	5. <u>Hernioplastia inguinal esquerda</u>		
	6. <u>Hernioplastia inguinal esquerda</u>		

Sublinhadas: participei na cirurgia como cirurgião ajudante

Pequena Cirurgia		
22/11/2016	25/11/2016	13/12/2017
<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Exérese de hemangioma do couro cabeludo</u> 2. <u>Exérese de 2 lipomas dorsais</u> 3. <u>Exérese de papiloma da nádega esquerda</u> 4. <u>Exérese de verruga facial</u> 5. <u>Exérese de quisto sebáceo retroauricular direita</u> 6. <u>Exérese de fibropapiloma da coxa esquerda</u> 7. <u>Exérese de lipoma da nádega direita</u> 8. <u>Exérese de quisto sebáceo da coxa direita</u> 9. <u>Exérese de fibroma da nádega</u> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Exérese de quisto sebáceo do couro cabeludo</u> 2. <u>Exérese de nevo facial</u> 3. <u>Exérese de quisto sebáceo dorsal</u> 4. <u>Exérese de 3 lipomas do antebraço direito</u> 5. <u>Exérese de verruga do sulco nasal esquerdo</u> 6. <u>Exérese de papiloma lombar</u> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Exérese de 2 nevos plantares do pé esquerdo</u> 2. <u>Exérese de 2 quistos sebáceos occipitais</u> 3. <u>Exérese de fibroma abdominal</u> 4. <u>Exérese de quisto sebáceo dorsal</u> 5. <u>Exérese de fibroma frontal</u> 6. <u>Exérese de quisto sebáceo do couro cabeludo</u> 7. <u>Exérese de quisto sebáceo dorsal</u> 8. <u>Exérese de lipoma inguinal direito</u> 9. <u>Exérese quisto sebáceo dorsal</u>

Sublinhadas: participei na cirurgia como cirurgião ajudante

.Consultas	
27/10/2016	03/11/2016
<p>5. Consultas pré-operatórias:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hérnia inguinal bilateral + hérnia umbilical b. Hérnia supraumbilical <p>6. Consultas pós-operatórias ou de seguimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hernioplastia inguinal bilateral b. Fissurectomia perianal c. Hemorroidectomia d. Exérese de quisto sacro coccígeo e. Exérese de quisto sacro coccígeo f. Hernioplastia inguinal bilateral laparoscópica por TEP g. Hernioplastia inguinal direita h. Biópsia gânglio cervical anterior 	<p>7. Consultas pré-operatórias:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hérnia umbilical b. Hérnia inguinal direita c. Hérnia incisional d. Lipoma cervical <p>8. Consultas pós-operatórias ou de seguimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hernioplastia inguinal bilateral b. Hemorroidectomia c. Fissura anal d. Exérese de quisto sacro coccígeo e. Exérese de quisto sacro coccígeo f. Hernioplastia inguinal bilateral laparoscópica por TEP g. Hernioplastia inguinal bilateral
14/11/2016	17/11/2016
<p>9. Consultas pré-operatórias:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Patologia hemorroidal b. Patologia hemorroidal c. Nódulo tiroideu d. Patologia hemorroidal e. Quisto sacrococcígeo f. Lesões cutâneas: nevos e fibromas g. Lipoma dorsal h. Quisto sebáceo cervical <p>10. Consultas pós-operatórias ou de seguimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hernioplastia inguinal bilateral b. Hernioplastia inguinal direita c. Herniorrafia umbilical d. Quisto sacrococcígeo e. Quisto sacrococcígeo 	<p>11. Consultas pré-operatórias:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fibromas cervicais b. Quisto sacrococcígeo recidivado c. Hérnia inguinal direita d. Lipoma dorsal e. Hérnia crural direita <p>12. Consultas pós-operatórias ou de seguimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hernioplastia inguinal bilateral b. Herniorrafia umbilical c. Hernioplastia inguinal bilateral por TEP d. Hernioplastia inguinal direita

15/12/2016

13. Consultas pré-operatórias:

- a. Hérnia umbilical
- b. Hérnia umbilical + hérnia incisional
- c. Patologia hemorroidal
- d. Abscesso perianal
- e. Hérnia inguinal esquerda
- f. Hérnia incisional

14. Consultas pós-operatórias ou de seguimento:

- a. Hernioplastia inguinal direita
- b. Herniorrafia umbilical
- c. Hernioplastia inguinal direita
- d. Hernioplastia incisional
- e. Hernioplastia inguinal esquerda
- f. Hernioplastia inguinal esquerda
- g. Hemorroidectomia
- h. Hernioplastia inguinal direita
- i. Hemorroidectomia
- j. Quisto sacrococcígeo

ANEXO 2: Critérios de Admissibilidade para a Cirurgia de Ambulatório no CICA

Critérios de Admissibilidade para a Cirurgia de Ambulatório	
Episódio n°	Processo n°
Data Nascimento:	

Critérios de Admissibilidade para a Cirurgia de Ambulatório		
Encerrada em	Criada em	Realizada/Responsável: Sílvia Neves

Critérios de Admissibilidade à Lista de Espera/Critérios Sociais

Transporte assegurado em veículo automóvel:

Sim.

Área de residência ou local de pernoita a cerca de 60 minutos de distância do Hospital:

Sim.

Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita:

Sim.

Acesso a comunicações (telefone):

Sim.

Assegurada a companhia de um adulto responsável (24 horas):

Sim.

Critérios de Admissibilidade à Lista de Espera/Critérios Clínicos

Classificação ASA:

II - Doença sistémica moderada

Não.

Estabilidade psíquica:

Sim.

Desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral:

Sim.

Intervenção que se prevê de curta duração (*- 120 min):

Sim.

ANEXO 3: Consentimento Livre e Esclarecido



Diretora
Dr.ª Maria do Sameiro
Caetano Pereira

Enfermeira Supervisora
Enf.ª Laura Galego

Contatos
Edifício Cica
Centro Hospitalar do
Porto
Rua D. Manuel II
4000-436 Porto
T.f: 220 902 300
Tlm: 910 531 683

Ao Utente do CICA:
Estamos ao seu
dispor no CICA pelos
seguintes contactos
telefónicos:
Tlf: 220 902 300
Tlm: 910 531 683

Caro Colega,

Venho lembrar que o seu doente,
pode de modo mais célere ser
submetido a tratamento de:
LITIASE VESICULAR,
HÉRNIA DA PAREDE ABDOMINAL,
PATOLOGIA BENIGNA DA TIRÓIDE,
PATOLOGIA PROCTOLÓGICA,
se o referenciar **via ALERT P1,**
diretamente para **CIRURGIA**
DE AMBULATÓRIO do Centro
Hospitalar do Porto.

Os melhores cumprimentos,
Maria do Sameiro Caetano Pereira

CICA - Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório

CE CIRURGIA AMBULAT PRE-OP/CICA

Consentimento Livre e Esclarecido para Actos Médicos

1. Por favor leia com atenção todas as indicações constantes neste documento.
2. Não hesite em solicitar mais informação ao médico se não completamente esclarecido.
3. Verifique se todas as informações estão correctas e então assine este documento.

A preencher pelo Médico

Diagnóstico que motiva o procedimento: **Hernia Inguinal S/ Mencao Obstrucao Ou Gangrena, Unilateral (S/Esp. Recorrencia) [55090]**
Procedimento Médico ou Cirúrgico Proposto: **Reparacao Unilateral De Hernia Inguinal Com Enxerto Ou Proteze [5305]**

Confirmo que expliquei ao doente, de forma adequada e inteligível, a natureza e finalidade da intervenção referida, os diagnósticos, os procedimentos ou tratamento em causa, assim como os riscos e complicações, eventualmente graves ou a morte, bem como as alternativas possíveis à situação clínica.

Facultei publicação informativa acerca do procedimento em causa / Não

Observações:

NOME DO MÉDICO: **Sílvia Neves**



ASSINATURA: _____

DATA: _____

A preencher pelo Utente ou Pais ou Representante Legal

Declaro que concordo com, e que percebi, o que me foi proposto e explicado pelo médico que assina este documento. Declaro ainda, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta. Autorizo a realização dos actos médicos indicados, bem como os procedimentos directamente relacionados ou adicionais que sejam necessários no meu próprio interesse por razões clínicas fundamentadas.

Assinatura: _____

Nome: _____

BI / CC nº: _____ de ____ / ____ / ____, arquivo de _____

Designo meu representante para os efeitos de autorizar ou recusar a prestação de assistência, no caso de eu próprio não o poder fazer.

Nome: _____

Se familiar, grau de parentesco _____ telefone _____

Morada _____

O direito de Recusa

Declaro que não concordo com a realização do procedimento médico e/ou cirúrgico proposto, apesar de ter compreendido claramente o propósito, os risco e os potenciais benefícios associados ao referido procedimento.

Doente : _____ data ____ / ____ / ____

Médico 1: _____ nº Ordem Médicos _____

Médico 2: _____ nº Ordem Médicos _____

Consentimento Livre e Esclarecido para Actos Médicos

- a) Interrupção voluntária da gravidez [Código Penal, art.º 142º]
- b) Realização de técnicas invasivas em grávidas (nomeadamente amniocentese, biopsia das vilosidades coriônicas, cordocentese, drenagem, amniotomioinfusão [Circular Normativa n.º 16/DSMIA, de 05/12/2001, da DGS]
- c) Esterilização voluntária (laqueação tubar e vasectomia) [Lei n.º 3/84, de 24 de Março]
- d) Procriação medicamente assistida [Lein.º 32/2006, de 26 de Julho]
- e) Colocação de dispositivos anticonceptivos (Implanon ou Dispositivo Intra-Uterino) [Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar, DGS, Lisboa 2008]
- f) Administração de gamaglobulina anti-D [Circular Normativa n.º 2/DSMIA de 15/01/2007, da DGS]
- g) Teste genéticos [Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro]
- h) Electroconvulsivoterapia e intervenção psicocirúrgica [Lein. 36/98, de 24 de Julho]
- i) Realização de actos cirúrgicos e/ou anestésicos [Código Deontológico da Ordem dos Médicos – regulamento n.º 14/2009, Diário da República, 2.ª série, N.º 8, de 13 de Janeiro]
- j) Colheita e transplante de órgãos de tecidos de origem humana [Lei n.º 12/93, de 22 de Abril; Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho]
- k) Dávida, colheita, análise, processamento, prevenção, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana [Lei n.º 12/2009, de Março]
- l) Doação de sangue [Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de Julho]
- m) Videovigilância de doentes (Deliberação n.º 61/2004, Autorização 287/2006-Comissão Nacional de Protecção de Dados)
- n) Realização de actos (diagnósticos ou terapêuticos) invasivos major (como, por exemplo, biopsia, endoscopia com ou sem polypectomia, conização do colo do útero, sedação/anestesia, exsanguíneo-transfusão).
- o) Gravações de pessoas em fotografia ou suporte audiovisual [Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro (Código penal), art.º 192.º].

ANEXO 4: Convocatória para a Cirurgia de Ambulatório



Diretora
Dr.ª Maria do Sameiro
Caetano Pereira

Enfermeira Supervisora
Enf.ª Laura Galego

Contatos
Edifício Cica
Centro Hospitalar do
Porto
Rua D. Manuel II
4000-436 Porto
T.f: 220 902 300
Tlm: 910 531 683

Ao Utente do CICA:
Estamos ao seu
dispor no CICA pelos
seguintes contactos
telefónicos:
Tlf: 220 902 300
Tlm: 910 531 683

Caro Colega,

Venho lembrar que o seu doente,
pode de modo mais célere ser
submetido a tratamento de:
LITÍASE VESICULAR,
HÉRNIA DA PAREDE ABDOMINAL,
PATOLOGIA BENIGNA DA TIRÓIDE,
PATOLOGIA PROCTOLÓGICA,
se o referenciar **via ALERT P1,**
diretamente para **CIRURGIA**
DE AMBULATÓRIO do Centro
Hospitalar do Porto.

Os melhores cumprimentos,
Maria do Sameiro Caetano Pereira

Convocatória

Data de Nascimento:
Nº Processo:
Nº BI/CC:
Entidade Responsável:

Nº Cartão Utente:
Nº Contrib.:
Nº Beneficiário:

PROCESSO N.º

Estimado(a) Sr(a)

Solicita-se que compareça no CICA às 13:30 horas, no dia para ser
intervencionado por CIRURGIA AMBULATORIO

Deverá levar esta carta comprovativa da marcação.

Sugerimos a leitura cuidadosa do folheto explicativo em anexo.

AVISO

Deve fazer jejum de sólidos e líquidos 6h antes da cirurgia.

CICA - Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório

ANEXO 5: Formulário da Consulta Pré-cirúrgica

Consulta Pré-cirúrgica – Formulário	
Episódio nº	Processo nº
Data Nascimento:	



Consulta Pré-cirúrgica – Formulário		
Encerrada em	Criada em	Realizada/Responsável: Sílvia Neves

Preencheu os critérios de admissibilidade para a cirurgia de ambulatório?

Sim.

Médico que inseriu em LIC: Sílvia Neves [45175]

Especialidade CIRURGIA AMBULATORIO

Diagnóstico

Principal

Hernia Inguinal S/ Mencao Obstrucao Ou Gangrena, Unilateral (S/Esp. Recorrencia) [55090]

Procedimento:

Principal:

Reparacao Unilateral De Hernia Inguinal Com Enxerto Ou Protese [5305]

Lateralidade: Não aplicável

Estudo pré-operatório:

Sim.

Consulta de Anestesia:

Não.

Acompanhante:

Sim.

Recusa de cirurgia de ambulatório

Não.

Consentimento informado assinado:

Sim.

Agendamento:

Sim em papel.

Data da cirurgia:

Pernoita:

Não.

Alergia:

Não.

Informações para a convocatória

Hora para recepção no CICA: 13:30

Deve fazer-se acompanhar do seu cartão do Hospital e/ou cartão de utente:

Deve fazer jejum de sólidos e líquidos 6h antes da cirurgia.

Pequeno almoço até as 8H30

Água e chá até as 11H00